

TABAC & LIBERTÉ

réseau de professionnels de santé

LETTRE TRIMESTRIELLE D'INFORMATION
ANNÉE 15 - NUMÉRO 62 2011

ÉDITORIAL

Quelques aspects pratiques de la prise en charge du sevrage tabagique

La prise en charge de la dépendance tabagique passe par trois stades :

- L'évaluation et le renforcement de la motivation,
- Le traitement du syndrome de manque pour lequel nous disposons du Bupropion, de la Varénicline et surtout des médications nicotiques.
- Enfin un suivi prolongé, est nécessaire pour prévenir les rechutes.

En ce qui concerne la substitution nicotinique : les doses et la durée doivent être adaptées à l'intensité de la dépendance. Elle fera appel à trois formes galéniques :

Le système transdermique (Timbre, Patch)

- Les timbres 21 mg/24 h, dont certains sont plus dosés, ont des cinétiques voisines. Les plus dosées ont un pic initial plus précoce et plus élevé (avantage pour les fortes dépendances avec besoin intense et précoce dès le matin) mais présentent parfois des inconvénients liés à ce surdosage (palpitations, lipothymies, nausées pendant quelques heures).

- Les timbres 15 mg/16 h ont un pic moins élevé et une nicotininémie du lendemain matin très basse : on les utilise donc chez ceux ne ressentant pas le besoin de fumer la 1^{re} heure après le réveil.

- Un nouveau timbre à 25 mg/16 h apporte plus de nicotine (pic suffisant), mais cependant avec une concentration basse le matin, insuffisante pour calmer le manque !

Les substituts oraux peuvent être associés au timbre afin de contrôler les pulsions à fumer ; il existe plus de 20 formes galéniques différentes et il est donc essentiel de faire essayer au sujet celui de son choix (gommes, pastilles, tablettes) et de son goût (orange, menthe, fruits rouges, eucalyptus ...). Les gommes sont contre-indiquées en cas d'appareil dentaire et également si le sujet ne peut garder un bonbon sans le croquer (le signe du bonbon). La pastille et les tablettes présentent l'avantage d'une diffusion plus régulière.

L'inhalateur : une inspiration représente à peine une bouffée de la cigarette, il faut donc « tirer » plusieurs fois de suite pour avoir l'équivalent d'une cigarette.

L'arrêt en deux temps. Ces dernières années une nouvelle stratégie a été proposée lorsque la motivation à l'arrêt apparaît insuffisante : c'est la diminution progressive, la réduction du risque. Si elle est faite sans apport nicotinique, elle est presque toujours compensée par une inhalation plus importante, ce que confirme l'augmentation du CO dans l'air expiré, et le nombre de cigarettes retourne rapidement à son niveau antérieur. Si au contraire un apport nicotinique précis (substituts oraux, patchs ou inhalateur) remplace la nicotine des cigarettes supprimées, alors la diminution progressive est

possible. Chaque sujet choisit son rythme de diminution. L'expérience montre que progressivement la motivation à l'arrêt se construit ; tout naturellement le sujet lui-même annoncera – « maintenant je suis prêt » - Ainsi se trouve réalisé l'arrêt en deux temps. On favorise cette diminution progressive, en conseillant au sujet de mettre dans le paquet de cigarette la ration choisie chaque jour et d'y ajouter le blister de gommes ou pastilles ou l'embout de l'inhalateur : il pourra ainsi en cas d'envie de fumer choisir cigarette ou substitut. Il doit compter chaque soir le nombre de cigarettes fumées et le nombre de substituts utilisés en faisant un tableau permettant de suivre les progrès.

L'expérience quotidienne nous a appris à prendre en compte constipation et Vitamine C.

La constipation lors de l'arrêt est un signe fonctionnel relativement fréquent surtout chez les femmes. L'action para-sympathomimétique de la Nicotine augmente le péristaltisme intestinal et favorise la « selle du matin ». Les sels de magnésium constituent un traitement très efficace de première intention à titre préventif ou curatif. Si ce n'est pas suffisant, la pyridostigmine (Mestinon : un à deux comprimés par jour le matin à jeun) par son action locale para-sympathomimétique compense les effets de l'arrêt des apports nicotiques (1).

La Vitamine C a une action antioxydante qui répare les effets des substances oxydantes de la fumée de tabac. L'ascorbémie des fumeurs est inférieure de 20 à 40 % à celle des non fumeurs. Elle a une action transitoire sur le besoin de fumer par un double mécanisme : celui du goût de l'acide ascorbique par une action comparable à celle de l'acide citrique ; celui d'un effet dopaminergique faible mais indiscutable qui explique la réduction du besoin de fumer. Elle entraîne également une sensation d'éveil et de stimulation capable de s'opposer transitoirement à l'humeur dépressive du syndrome de sevrage. Pour toutes ces raisons, nous utilisons systématiquement (2) une première tablette à sucer de Vitamine C500 en remplacement de la cigarette du matin et une seconde après le café du déjeuner, qui réduit le réflexe conditionné « café-cigarette ». Il faut un traitement de plusieurs mois pour que le taux d'ascorbémie revienne lentement à la normale.

Ces mesures simples, fruits de l'expérience clinique quotidienne, peuvent contribuer à renforcer l'efficacité des stratégies de base, qui restent bien entendu, indispensables ...

1 – Gilbert Lagrue - Constipation à l'arrêt du tabac – Presse Med 2006 ; 35 ; 246-248.

2 – Gilbert Lagrue- Intérêt de la Vitamine C dans le Sevrage Tabagique – Alcoologie et Addictologie 2009 ; 31 ; 340-341.

Gilbert LAGRUE
Centre d'Addictologie (Tabac - Cannabis)
Hôpital Albert Chenevrier

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Tabac et HTA pulmonaire.

Dans les modèles expérimentaux de l'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP), le tabagisme peut entraîner une élévation de pression. Le lien de causalité n'est pas prouvé de façon formelle mais il existe chez l'homme, tout au moins en cas de BPCO post tabagique. Il n'y a pas toutefois une corrélation entre l'importance du syndrome obstructif et l'HTAP.

Une étude de type cas-témoins suscite des hypothèses intéressantes sans faire la lumière complète dans ce domaine.

Elle concerne 98 patients atteints d'HTAP idiopathique et 64 patients atteints d'HTAP liée à un cœur pulmonaire chronique post embolique (CPC). Le groupe témoin de 18 747 sujets a été recruté dans la Swiss Health Survey.

Le tabagisme s'est avéré plus fréquent dans le groupe HTAP que dans le groupe CPC et le groupe témoin.

Ces différences sont associées au sexe masculin. Le groupe HTAP présentait les intoxications tabagiques les plus lourdes et/ou les plus longues, versus groupe CPC, de même pour la durée du tabagisme passif versus groupe témoin.

Cette étude cas-témoins suscite des hypothèses. Affaire à suivre.

Schiess R et coll. : Tobacco Smoke : A Risk Factor for Pulmonary Hypertension ? A case-Control Study. Chest 2010 ; 138: 1086-1092.

Shoot de cancérigène. Un cancer en 15'.

La combustion de la cigarette libère des hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) qui une fois métabolisés deviennent cancérigènes. Leurs métabolites se lient à l'ADN créant des erreurs de codage à l'origine du **processus cancérogène**. Les auteurs ont ajouté un HAP marqué (phénanthrène) à des cigarettes. Ils ont tracé le métabolite chez 12 volontaires fumeurs ! Les phénanthrènes sont rapidement métabolisés en **diol époxyde** pouvant être à l'origine d'un cancer. La concentration en diol époxyde est maximum entre 15 et 30 minutes après avoir fumé la cigarette. « C'est comme si l'on injectait la substance directement dans le sang ». C'est la première étude qui porte sur le métabolisme chez l'homme d'un HAP spécifiquement délivré par inhalation de la fumée de cigarette sans autres sources d'influence.

Stephen Hecht et al. : Immediate Consequences of Cigarette Smoking: Rapid Formation of Polycyclic Aromatic Hydrocarbon Diol Epoxides. Chemical Research in Toxicology, 2010; 101227010050010 DOI: 10.1021/tx100345x

1 cancer sur 3.

On estime que 37 000 décès par cancers sont imputables à la consommation de tabac. Le tabac est le premier facteur de risque évitable de cancer en France (1). Chez l'homme, 33 % des décès par cancers sont dus au tabac, 10 % chez la femme.

81 % des décès par cancers du poumon sont dus au tabac, ce qui représente en France

tous sexes confondus un total de 287 000 décès pour 2010.

Les décès par cancer du poumon surviennent de plus en plus tôt. Avant 65 ans, ils représentent 40 % des décès pour l'homme et 44 % des décès pour la femme. Le cancer du poumon est passé de **10 fois plus fréquent** chez l'homme que chez la femme dans les années 80 à **3 fois plus fréquent** en 2010.

Sur les 10 dernières années, le risque de cancer du poumon masculin a diminué de moitié alors que **celui de la femme a été multiplié par 4** entre 1984 et 1999.

Le tabagisme est responsable aussi de cancers au niveau de la vessie (risque x 5), du colon, du rectum, de l'ovaire, du sein, etc.

Il potentialise aussi l'action des autres cancérigènes : par exemple le risque de développer un cancer broncho-pulmonaire pour un sujet exposé **à l'amiante est multiplié par 5**, **exposé au tabac il est multiplié par 10,8**, **exposé au tabac et à l'amiante il est multiplié par 53** (2).

www.e-cancer.fr (1) Hill C. et coll, Le point sur l'épidémie de cancer du poumon dû au tabagisme, INVS, BEH n°19-20, 25 mai 2010. (2) INRS : Dossier Amiante : l'essentiel, MAJ 14/04/2009
http://www.inrs.fr/hm/amiante_L_essentiel.html

La femme et le cancer du poumon

30 000 nouveaux cas de cancers du poumon en France chaque année. Il y a aujourd'hui plus de décès par cancer du poumon chez la femme que par cancers du sein et du colon réunis !

Les facteurs de mauvais pronostic sont le facteur de croissance épidermique (EGF) et son récepteur (EGFR) dont la mutation favorise la croissance tumorale et le processus de métastases.

Une nouvelle molécule, le géfinitib, inhibitrice de la tyrosine kinase de l'EFR permet d'améliorer le pronostic des patients ayant une mutation activatrice de l'EGFR.

Etudes cliniques de phase III ISEL, INTEREST et IPASS (2462 patients traités par IRESSA).

À l'assaut du sein.

Les processus cancérogènes liés au tabagisme n'avaient pas fait leur preuve au niveau de la glande mammaire. **Les cancérigènes** de la fumée de cigarette sont connus : hydrocarbures aromatiques, polycycliques, amines aromatiques, nitrosamines. Ils sont **lipophiles** et se stockent dans le **tissu adipeux du sein**. Les auteurs démontrent que le tabagisme chez la femme favorise la survenue d'un cancer mammaire, surtout si ce tabagisme a commencé avant la grossesse. Cette étude a été conduite à partir de la très vaste cohorte d'infirmiers Nurses Health Study et portant sur 8 772 cas de cancers du sein. L'incidence de la tumeur est associée au tabagisme actif ou passif, à l'âge de début de la cigarette, à la durée de l'intoxication et au nombre de paquets-année. Par contre, après la ménopause, le tabagisme ayant une action antioestrogénique, il abaisse davantage un taux hormonal faible et diminuerait alors le risque relatif de cancer du sein.

Fei Xue et coll. Cigarette Smoking and the Incidence of Breast Cancer. Arch Intern Med. 2011;171(12):125-133. doi:10.1001/archinternmed.2010.503

Les hommes derrière les femmes. Elles trinquent...

L'OMS a coordonné la plus importante étude jamais réalisée sur les maladies cardio-vasculaires. 38 cohortes dans 21 pays ont été suivies entre 1985 et 1997. C'est l'étude Monica, suivie entre 2005 et 2007 de l'étude Mona Lisa. Une équipe de l'institut Pasteur de Lille (Dr Dallongeville) a analysé le volet français de ces travaux. Concernant le tabagisme, sa prévalence **a chuté de 16,6 points chez les hommes** de 65 à 64 ans passant de 40 à 24,3 % entre 1985 et 2007. Pendant la même période, la prévalence du tabagisme **augmentait chez les femmes** passant de 18,9 % à 20 %. Depuis 2007, la situation a empiré notamment chez les 45-64 ans où la prévalence du tabagisme a bondi de 7 points. L'augmentation du tabagisme chez les femmes a eu pour corollaire l'augmentation du risque de mortalité prématurée pour cause cardiovasculaire. Ce risque **a augmenté de 4,9 % chez les femmes** de 35 à 64 ans alors qu'il a diminué de 12,5 % chez les hommes entre 1995 et 2007.

De même pour la mortalité **par cancer du poumon. Le constat est accablant : la mortalité par cancer du poumon a été multipliée par 4 chez les femmes** de 35-44 ans pendant les 15 dernières années. Les femmes seraient en effet plus fragiles vis-à-vis des carcinogènes libérés par le tabagisme.

Source : Société Européenne de Cardiologie – 6 décembre 2010.

Tabac au féminin.

Toutes les études le montrent : **le tabac diminue la fertilité féminine** quelque soit l'indicateur utilisé : pourcentage cumulatif de grossesses, risque d'infertilité, retard à la conception...

Une étude anglaise (1) montre que **le retard à la conception est dose dépendant** et s'observe chez les femmes présentant un tabagisme actif ou passif. La nicotine pourrait modifier la contractilité tubaire, le mucus cervical et la mobilité ciliaire. On constate une augmentation du risque de **grossesse extra-utérine multiplié par 2** chez les femmes qui fument 10 cigarettes/jour et fois 3 pour celles qui fument plus de 20 cigarettes/jour. Pour certains, la nicotine aurait aussi une action **antioestrogène**. Elle agirait aussi sur l'axe hypothalamo hypophysaire et induirait une **diminution de la réserve ovarienne**.

La ménopause survient en moyenne 2 ans plus tôt chez les femmes fumeuses mais l'arrêt du tabagisme diminue le risque d'insuffisance ovarienne et les ex fumeuses ont une ménopause plus tardive que les fumeuses mais plus précoce que celle des femmes qui n'ont jamais fumé (2).

Le tabagisme, responsable d'hypoxie endométriale et utérine entraîne des **fausses couches spontanées** ou des infertilités par échecs d'implantation. Le nombre d'ovocytes obtenus en FIV est diminué chez les fumeuses (3) et cet effet est dose-dépendant.

Lors de la grossesse, le CO se fixant sur l'hémoglobine fœtale immature est responsable d'une **hypoxie profonde et prolongée de l'embryon**. Le tabagisme retentit ainsi sur le poids de naissance (diminution de 150 g) et la naissance de prématurés (risque multiplié par 2,5 pour une

consommation de plus de 10 cig/jour). Le nombre de **fausses couches spontanées** à caryotypes normaux est augmenté chez les fumeuses (2) ainsi que le risque de **hématome rétro placentaire** et de **placenta proevia** (risque multiplié par 2 à 3).

(1) Hull GR. et al. Fertil Steril 2000 ; 74 :725-33. (2) De Mouzon J., Belaich-Allart J. La lettre du gynécologue 2009;340:33-36. (3) Fuentes A. et al. Fertil Steril 2010 ; 93 :89-95

Le petit fumeur existe.

Les auteurs ont ciblé leur étude sur les petits fumeurs et les fumeurs intermittents. La définition du petit fumeur et du fumeur intermittent se rapporte à des jeunes, de préférence du sexe féminin, d'un niveau d'éducation plus élevé et appartenant à des minorités raciales ou ethniques. Ils ont un taux de morbidité et de mortalité plus importants qu'attendus (pathologies cardiovasculaires, cancéreuses, ...) avec des risques fonctionnels plus fréquents (toux, dyspnée).

Les auteurs concluent qu'il n'y a pas de petit ou de grand tabagisme, les campagnes d'éducation pour la santé devraient cibler spécifiquement les petits fumeurs et le fumeur intermittent.

UNDERNER M., PFEIFFER G. : Petits fumeurs et fumeurs intermittents. Revue des Maladies Respiratoires, doi 10.1016/j.rmr.2010.10.003

Le Tabac non fumé est dangereux.

Une étude analyse les différentes compositions des tabacs oraux. Le tabac oral n'expose pas le consommateur aux produits de combustion (CO et cancérigènes). Mais il expose à certains cancérigènes : les nitrosamines spécifiques du tabac et il expose bien-sûr à la nicotine. 53 produits provenant de 5 régions du Monde ont été analysés. La quantité de nicotine varie de 0,16 à 34,1 ng/g.

La quantité de nicotine ionisée (faiblement absorbable) varie de 0,05 à 31,0 ng/g. Le pH varie de 5,2 (acide) à 10,1 (alcalin). Les concentrations en nitrosamines sont extrêmement variables, allant pour certaines de 4,5 ng/g à 516000 ng/g. Le tabac non fumé est donc dangereux.

Stanfill et al. : Global surveillance of oral tobacco products: total nicotine, unionised nicotine and tobacco-specific N-nitrosamines. Tob Control.2010 Nov 25.

Du nouveau en thérapeutique.

Une molécule vient de se faire remarquer par son action sur le récepteur nicotinique $\alpha 4\beta 2$, elle désensibiliserait ce récepteur et aurait une faible action agoniste : c'est la Sazetidine-A.

Elle agit donc différemment de la varénicline qui est un agoniste partiel du récepteur $\alpha 4\beta 2$. La sazétidine-A réduit de façon significative la consommation d'alcool chez des rats préférant l'alcool(P), ceux-ci s'auto administrent la nicotine deux fois plus que les rats ne préférant pas l'alcool (NP). La sazétidine -A réduit aussi l'auto administration de nicotine à la fois chez les rats P et NP.

De là à augurer un nouveau traitement des addictions à l'alcool et au tabac...

Rezvani & coll. Effects of sazétidine-A, a selective $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor desensitizing agent on alcohol and nicotine self-administration in selectively bred alcohol-preferring (P) rats. Psychopharmacology (Berl.) 2010 Aug ; 211(2) ; 161-74.

Suivi téléphoniquement correct.

Les lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt sont de plus en plus utilisées et ont démontré leur efficacité. Certaines vont jusqu'à proposer un traitement substitutif de nicotine (TSN) gratuit ou à prix réduit.

Depuis mai 2004, l'état du Montana propose un programme téléphonique pro-actif d'aide à l'arrêt avec TSN gratuit. En mars 2008, ce programme proposait aussi la varénicline à prix réduit.

7600 fumeurs ont été inclus dans le programme de cette étude. (3616 avec varénicline-3697 avec TSN). À 3 mois, les variables de l'abstinence sont l'utilisation de la varénicline, être plus âgé, avoir une assurance santé et avoir participé à un plus grand nombre de séances de suivi.

À 6 mois par contre seul l'âge et le suivi sont encore significatifs. Le suivi traduit l'investissement du fumeur dans sa tentative d'arrêt.

Biazzo et al. : Efficacité des traitements associés à la ligne téléphonique d'aide à l'arrêt du tabac dans le Montana (USA). Nicotine Tob Res. 2010 Jun ; 12(6):567-73 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20378640>.

La voie du Bonheur : conseils et patches.

Arrêter le tabagisme est bienfaisant pour la santé physique : c'est bien connu. Par contre, l'effet de l'arrêt sur le psychisme a été mal étudié. Les auteurs ont évalué l'incidence de l'arrêt du tabac sur le psychisme.

« Arrêter de fumer ne devrait plus apparaître comme beaucoup de fumeurs le craignent comme une dure épreuve assortie d'un sacrifice psychologique assumé au service de la longévité » écrivent les auteurs. Ils ont étudié un groupe de fumeurs des deux sexes désirant arrêter de fumer. Les symptômes de dépression ont été évalués une semaine avant l'arrêt programmé puis réévalués 2, 8, 16 et 28 semaines après.

Le sevrage était conduit avec **conseils et patches**.

Sur 209 participants, 99 ne se sont pas arrêtés, 44 étaient abstinents à 2 semaines, 33 ont été abstinents pendant toute l'étude.

« L'humeur était de toute évidence meilleure lorsqu'ils étaient abstinents ». À l'opposé, ceux qui ont repris le tabagisme ont vu réapparaître les symptômes de dépression parfois accentués par rapport à leur évaluation antérieure. Pour Kahler « il est difficile de considérer que la cigarette puisse traiter l'humeur triste et la dépression ».

C.W. Kahler and coll. : Time-Varying Smoking Abstinence Predicts Lower Depressive Symptoms Following Smoking Cessation Treatment. Nicotine Tob Res (2010) doi:10.1093/ntr/ntq213

IRLANDE encore exemplaire.

En juillet 2009, l'Irlande a mis en place une nouvelle législation : Il est interdit d'exposer chez les revendeurs des paquets de cigarette à la vue du public. Les revendeurs ont adhéré à ces mesures à 97 %... Une étude montre que cette mesure n'a entraîné aucune différence de prévalence du tabagisme que ce soit chez les adultes ou les adolescents. 38 % des adolescents estiment que cette mesure devrait limiter l'entrée en tabagisme. 14 % des fumeurs adultes estimaient que cette mesure devrait rendre l'arrêt plus faci-

le. Cette loi va être complétée par l'introduction du paquet générique (sans logo de marque).

Mc Neil et al. : Evaluation of the removal of point-of-sale tobacco displays in Ireland. Tob Control. 2010 Nov 18. [Epub ahead of print]

ITALIE. Femmes séduites.

Deux enquêtes réalisées à un an d'intervalle, l'une en mars-avril 2008 (avant la crise économique internationale), l'autre en mars-avril 2009 (pendant la crise) et portant sur près de 3000 personnes montre que le tabagisme a augmenté. La prévalence du tabagisme chez les Italiens de 15 ans et plus est ainsi passé de 22 % en 2008 à 25,4 % en 2009. Elle n'a pas été significative chez les hommes (26,4 % à 28,1 %). Par contre chez les femmes elle a été plus importante puisqu'elle est passée de 17,9 % à 22,3 %.

Gallus et al. : Smoking in Italy 2008-2009: A rise in prevalence related to the economic crisis? Prev Med.2010 Dec 1. [Epub ahead of print]

REVUE DE PRESSE

Toxicomanie = MALADIE.

« La science médicale ne reconnaît pas la toxicomanie comme une maladie » déclare Vincenzo Piazza, directeur du Neurocentre Magendie de l'INSERM à Bordeaux. On laisse penser en effet que la toxicomanie est un comportement déviant, un vice engageant la volonté du sujet et sur lequel la société peut agir par la prohibition et la répression. Cette conception est idéologique et non scientifique. **La toxicomanie est une maladie** qui se développe à la faveur de vulnérabilités physiologiques. Le toxicomane est un individu incapable de contrôler sa prise de drogue de la même façon que le sujet infecté par le VIH ne peut contrôler ses désordres immunitaires.

Chez le drogué, les circuits neuronaux normalement dédiés à l'appréciation du plaisir (sexe, nourriture) sont **hypersensibles à la drogue**. Il présente une vulnérabilité au psychotrope qui n'entraîne pas nécessairement la toxicomanie, il faut une vulnérabilité supplémentaire. Chez le toxicomane, la drogue diminue la plasticité du cerveau, il ne peut pas renoncer à sa dose. C'est un « malade à qui il faut des soins ». Vincenzo Piazza précise que ce mécanisme toxicomanogène est aussi activé par l'alcool et le tabac.

<http://www.liberation.fr/sciences/01012297937-comment-le-cerveau-devient-il-toxicomane>

Œstrogènes en pause.

En dix ans, la maladie cardio-vasculaire (MCV) est devenue **la première cause de mortalité chez la femme**. Les femmes sont autant atteintes de MCV que les hommes. Dans les pays industrialisés, 1 femme sur 3 meurt d'une complication de MCV, 7 fois plus que le nombre de décès liés au cancer du sein ! La MCV est devenue la première cause de décès chez les plus de 60 ans et concerne des femmes de plus en plus jeunes avec un taux de mortalité de 10 % chez les 25-44 ans.

Jusqu'à présent et jusqu'à la ménopause, les œstrogènes conféraient à la femme un statut privilégié qui la préservait des MCV.

En adoptant des comportements à risques (tabagisme, alcool, alimentation) les femmes sont devenues autant que les hommes sujettes

aux MCV et même les surpassent car 55 % des accidents cardiaques leur sont fatals contre 43 % chez les hommes.

<http://francesoir.fr/sante/les-entretiens-de-bichat-le-coeur-des-femmes-en-danger.29385> (01 10 2010) (19 10 2010)

Fumer rend fou.

Les gros fumeurs (plus de 10 cigarettes par jour) de 50-60 ans doublent leur risque de développer une **démence vasculaire** ou une maladie d'**Alzheimer**. C'est ce que révèle une étude finlandaise portant sur 5367 participants. Le tabac contribue au stress et à l'inflammation des vaisseaux. Le développement de la démence s'expliquerait par des mécanismes vasculaires ou neurodégénératifs, soulignent les auteurs.

Source : http://www.lemonde.fr/planete/article/2010/10/26/beaucoup-fumer-entre-50-et-60-ans-augmenterait-le-risque-de-demence_1431245_3244.html (27 10 2010) (02 11 2010)

Service Médical Rendu !! FDA veille.

Les cigarettiers qui commercialisent des produits modifiés depuis le 15 février 2007 devront faire la démonstration qu'ils ne sont pas plus mauvais pour la santé sinon ils seront retirés. La modification concerne le design, les constituants, la forme de nicotine... C'est la nouvelle règle de la FDA. Cette règle s'applique aux cigarettes, au tabac roulé et au tabac non fumé.

Les cigarettiers ont jusqu'au 22 mars 2011 pour montrer que les nouveaux produits commercialisés après février 2007 sont « substantiellement équivalents » à ceux commercialisés avant, c'est-à-dire pas plus toxiques, addictifs ou attractifs sur les jeunes.

Jusqu'à présent, la FDA laissait les cigarettiers commercialiser des produits sans être obligés de dire ce qu'ils contenaient. Ils pouvaient tromper des millions de consommateurs légalement. Ils le peuvent encore pour les produits d'avant février 2007. mais pour les nouveaux ils devront prouver qu'ils ne sont pas pires que les anciens !

Source : FDA news téléconférence Jan 5.2011

Plan pro cancer.

Depuis 2005 le tabagisme stagne en France. En 2009, la mortalité provoquée par le tabac reste d'environ 60000 décès par an dont la moitié par cancer.

La mortalité par cancer du poumon est trois fois plus grande chez les ouvriers que chez les cadres. La mortalité par cancer de l'œsophage est dix fois plus grande chez les cols bleus que chez les cols blancs.

Avec 30 % de fumeurs la France est loin des 20 % ciblés par l'OMS en Europe, loin des 22 % atteint en Suisse et loin des 16 % atteint en Suède.

La France détient aussi le record de femmes enceintes fumeuses : 22 % au 3^e trimestre contre 11 % en Allemagne et 6 % en Suède. **La France est la lanterne rouge européenne** pour la santé et la mortalité périnatale de la mère et de l'enfant, soit pire que la Russie : **un enfant sur 5 naît handicapé par le tabagisme de sa mère.**

Et pourtant le gouvernement et le Parlement ont privilégié les considérations financières en n'augmentant pas d'au moins 10 % les taxes sur le tabac et en préférant une troisième augmenta-

tion de 6 %, augmentation la plus élevée n'ayant pas de retentissement sur la consommation.

Maurice Tubiana et Gérard Dubois. La Croix du 7 octobre 2010 / Le Monde du 12 octobre 2010.

Le HCSP relance la lutte.

En 5 ans, la proportion de fumeurs a augmenté de 1,8 %, passant de 31,8 % en 2005 à **33,6 % en 2010.**

« Aucune initiative majeure n'a été prise contre le tabagisme depuis 2005 » déclare le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP).

Le même HCSP dénonce « le peu de contrôle des mesures prises en France ». Il relance :

- 1°) une augmentation forte du prix du tabac
- 2°) des actions en direction des jeunes, des femmes enceintes et des pauvres
- 3°) des contrôleurs pour faire respecter les lois anti-tabac
- 4°) la formation des MG et des sages-femmes au sevrage
- 5°) le remboursement à 100 % des médicaments de sevrage (femmes enceintes, CMU, ALO).

Le Quotidien du Médecin, 25 octobre 2010, p.8

Ennemi public n°1 Avis HAS.

Selon l'OMS et la Banque mondiale, le tabagisme est la première cause de mortalité évitable dans le monde. Au XX^e siècle, il a causé 100 millions de morts prématurées.

D'après le baromètre santé 2010, la prévalence de la consommation de tabac régulière et occasionnelle pour les 15-75 ans est en augmentation : 31,8 % en 2005, 33,6 % en 2010 (37,3 % pour les hommes, 30,2 % pour les femmes).

Le tabagisme est responsable de 66000 décès chaque année (la moitié de ces décès surviennent avant 69 ans). Les décès sont dus pour 48 % à des cancers, 20 % à des maladies cardio-vasculaires, 19 % à des maladies respiratoires.

Le traitement de sevrage tabagique doit être intégré au traitement des AVC, du diabète (type I et II), des hépatites (B et C), de la cirrhose, de la recto-colite ulcéro-hémorragique, de l'insuffisance rénale, des pathologies liées au VIH/Sida, de l'insuffisance cardiaque, de la maladie coronarienne, de l'HTA, des troubles du rythme, de la BPCO, des cancers des voies aériennes ou des patients greffés.

La HAS recommande de rembourser les médicaments démontrés efficaces d'aide à l'arrêt du tabac avec le plus haut taux de remboursement lorsqu'ils sont prescrits par un médecin. Les fumeurs correspondant aux **ALD** précitées, les **femmes enceintes** qui fument et les fumeurs bénéficiaires de la **CMU** devraient avoir **un remboursement à 100 %**. Cette politique de remboursement sera financée par une augmentation de l'accise fixe (taxe spécifique du tabac). C'est ce que recommande la HAS.

Avis de la HAS. 22 septembre 2010. www.hcsp.fr

Espagne : Enfin ça y est !

Les fumeurs espagnols ont découvert depuis le début de cette année 2011 la vie sans cigarette au bar ou au restaurant. La loi entrée en vigueur le 2 janvier interdit de fumer dans les bars, les restaurants, les aires de jeux pour

enfants et les zones en extérieur des enceintes scolaires et hospitalières.

L'Irlande en 2004 avait montré l'exemple en chassant le tabac des lieux publics. L'Espagne en 2006 avait adopté des mesures parmi les plus permissives en Europe vis-à-vis de la protection des non fumeurs. Dans la pratique la grande majorité des bars et restaurants était restée fumeurs. Il était seulement interdit de fumer au travail, dans les transports et les magasins. Aujourd'hui, enfin ça y est, l'Espagne a pris conscience des dangers du tabagisme et a décidé de durcir sa législation contre le tabac.

Le Point -02.01.2011

La Suisse lave plus blanc

En France, ça augmente, en Suisse ça baisse.

Le 1^{er} mai dernier, la Suisse a généralisé l'interdiction de fumer dans les établissements publics. Les ventes de cigarettes, cigares et autres produits liés au tabac ont diminué de 9 %. Les importations ont reculé de 12,8 % entre mai et août.

La mesure, qui au départ visait à protéger les non fumeurs, a eu un effet positif chez les fumeurs.

De là à conclure que les mesures prises en Suisse n'ont pas les mêmes effets que les soi-disant mêmes mesures prises en France...

<http://www.20min.ch/ro/news/suisse/story/L-interdiction-de-fumer-lingue-les-clopes-25789457> (07 10 2010)

États-Unis-Montana : patchs gratuits.

Un sondage réalisé par le MARIST College Institute révèle que cette année encore 17 % des américains interrogés se sont fait la promesse en 2011 d'abandonner la cigarette. Les autorités du Montana offrent **six semaines de gratuité** supplémentaire de substituts nicotiniques et aussi une diminution des prix des autres traitements médicamenteux d'aide au sevrage. Les candidats au sevrage bénéficiaient déjà de quatre semaines de prise en charge totale des patchs et autres substituts.

Source : JIM.fr 3-01-2011

Grande-Bretagne. Victoire des patchs.

Le National Health Service a décidé d'aider réellement et financièrement les fumeurs désireux d'arrêter de fumer.

Reconnaissant l'efficacité des patchs, il offre la **gratuité des patchs pendant une semaine** (la première semaine de l'année 2011). Cela va motiver et guider de nombreux fumeurs sur la voie de l'abstinence. « Pour donner aux fumeurs une aide supplémentaire, nous avons lancé un nouveau kit avec une semaine de patchs gratuits » explique le ministre de la santé Andrew Lansley.

Source : JIM.fr 03.01.2011

<http://www.maxisciences.com>

NDLR Prix moyen du paquet de cigarettes :

- Irlande : 8,11 €
- Royaume-Uni : 7,29 €
- France : 4,90 €
- Allemagne : 4,72 €
- Luxembourg : 3,51 €
- Espagne : 3,24 €
- Andorre : 1,90 €
- Pologne : 1,81 €
- USA : entre 5 et 10 €/État de New-York : 7,75 €
- Japon : 3,60 €
- Chine : 0,50 €.

France : Bonne nouvelle. Parole de Ministre.

Le nouveau ministre de la Santé, Xavier Bertrand, a décidé de faire respecter la loi EVIN et le décret d'application qu'il a lui-même élaboré en novembre 2006. « On ne laissera pas en douce revenir le tabagisme » dans les cafés, restaurants, discothèques. « Je suis pour une application intégrale de la loi et du décret ». Il a annoncé un renforcement des contrôles. Les associations espèrent...

Source A.P.M 10-01-2011

CONGRÈS

4^e Congrès national de la SFT

400 tabacologues se sont réunis à Issy-les-Moulineaux sur le thème du passage comportement-maladie. Le tabagisme est en effet une maladie de mieux en mieux connue avec ses signes cliniques, ses complications et son évolution mortelle une fois sur deux.

En introduction, le maire SANTINI a affiché son tabagisme et son infarctus, rappelant en ricanant les propos d'Edgar Faure « litanie, liturgie, léthargie ». C'est vrai que les tabacologues ennuiés parfois avec leur énumération longue et fastidieuse de recommandations de bon sens (litanie), c'est vrai que les tabacologues dans leurs démarches ont mis un ordre qui peut s'apparenter à celui de cérémonies spirituelles (liturgie), il est vrai aussi que le tabagisme parfois ôte l'usage des sens (agueusie, anosmie, etc...) mais c'est surtout la nonchalance extrême (léthargie) des politiques anti-tabac que Santini devait évoquer.

DE BRUYN (DGS) a rappelé qu'une **augmentation de 10 % de la fiscalité du tabac entraînerait une diminution de 2,5 % de la consommation**, il a passé sous silence les deux dernières augmentations de 6 % ainsi que la récente augmentation du nombre de fumeurs. Il a annoncé que le forfait de 50 € concernant le remboursement des substituts serait triplé... en 2011.

BECK (INPES) a rappelé qu'en 2010, quelle que soit la tranche d'âge le nombre de fumeurs, aussi bien hommes que femmes, est plus élevé qu'en 2005 (28,7 % contre 26,9 %).

Sylviane RATTE (UICITMR) a fait le point sur la CCLAT et n'a pas hésité à parler de « convention de papier ».

Bertrand DAUTZENBERG a rappelé que l'arrêt du tabac est le traitement de première et de deuxième ligne de la BPCO, de même que c'est le traitement de première et de deuxième ligne du cancer du poumon (URBAN). Il a aussi rappelé que le tabagisme, au-delà du comportement, **est une maladie** qui impose au professionnel de santé une prise en charge immédiate. Elle raccourcit en effet dramatiquement l'espérance de vie.

Rose-Marie ROUQUET dénonçait le tabagisme comme cause majeure de l'augmentation de morbidité des milieux à faible niveau socio-économique, quelle que soit la définition de ces derniers; la pauvreté pouvant se définir au dessous de 2 dollars par jour pour vivre ou vivre de secours. Le pauvre consacre plus de 20 % de son revenu au tabac, il est une cible privilégiée des cigarettiers, il fume plus tôt, il présente une forte dépendance, son sevrage est plus difficile. L'augmentation de prix n'a aucun impact chez le

pauvre. Le tabagisme rend les pauvres plus pauvres et nécessite la gratuité des traitements du sevrage.

Patrick DUPONT rappelait l'intérêt de l'entretien motivationnel précisant que « si le comportement entre en conflit avec une valeur essentielle, c'est généralement le comportement qui change ». Le tabacologue doit faire preuve d'**empathie** (se mettre à la place), écouter et comprendre sans juger.

La dépendance au tabac, comme l'a rappelé KELAI, est **une maladie multigénique**. Le métabolisme de la nicotine fait intervenir le CYP2AG (chromosome 19), les récepteurs D2 de la dopamine qui sont codés par le gène ANKK1, etc.

X. QUANTIN a souligné la potentialisation des effets de la nicotine par le THC et le rôle du cannabis qui, fumé à 21 ans, multiplie par 3,6 le risque de dépendance à la nicotine. DAUTZENBERG rappelait la toxicité de la fumée du cannabis (« comme une autre fumée mais avec ses spécificités »). JACOT-SABOWSKI recommandait un sevrage simultané du tabac et du cannabis.

H.J. AUBIN et son élève MANDHOUIJ présentaient les liens entre tabac et religiosité. Il reprenait la tendance de l'OMS qui a introduit la spiritualité en tant que dimension essentielle de l'état de santé. Il faut peut-être voir dans cette communication l'annonce d'un **retour de la religion** à une place centrale dans une société organisée sur le mode communautaire mais aussi conservant ses principes de laïcité. **La religiosité se révèle être un des facteurs les plus protecteurs de la dépendance à l'alcool et au tabac**. L'investissement spirituel pourrait constituer un facteur de motivation que tout tabacologue doit pouvoir aborder.

P.R.

GEST 2011

Le Groupement d'Etudes Sevrage Tabagique a organisé ses 19^{es} journées sous la présidence du Pr LAGRUE. En introduction, ce dernier retraçait l'histoire de la nicotine. Cet alcaloïde, isolé par Vauquelin en 1809, servira à Claude Bernard pour déclencher la contraction musculaire et permettra à Langley d'introduire la notion de « récepteurs nicotiques ». Aujourd'hui, le **récepteur nicotinique** se présente sous la forme d'une protéine transmembranaire dont les sites actifs, situés à l'extérieur, forment un canal émergeant dans la fente synaptique. On connaît aujourd'hui les **gènes codants** pour chacune des sous-unités α (2,3,4,5,6) β (2,3,4...). Il y a 5 sous-unités qui constituent le récepteur (pentamère) qui sous l'action de la nicotine ou de l'acétylcholine fera rentrer le calcium ou le sodium dans la cellule. MASKOS (Institut Pasteur) a montré comment fonctionne le **circuit de la dépendance** : avec ses neurones dopaminergiques allant du noyau accumbens à l'aire tegmento ventrale, formant une boucle fermée par le glutamate avec la contribution des **circuits sérotoninergiques, noradrenergiques et cholinergiques**. Il a démontré chez la souris les effets renforçants de la nicotine et les modifications de comportement qu'elle cause. Si on supprime les sous unités $\alpha 4$, il n'y a plus de réactivité à la nicotine. MASKOS a aussi présenté un locus situé sur le **chromosome 15** qui, s'il est présent,prédisposerait au Cancer du poumon. Ce locus possède trois récepteurs nicotiques et la question se pose de

savoir si la présence de ces trois récepteurs fait fumer plus et cause le cancer du poumon par le tabagisme ou si c'est son expression altérée qui provoque le cancer du poumon.

Le Dr Renaud de BEAUREPAIRE a bien fait le distinguo entre nicotine et cigarette. La nicotine a pour cible les récepteurs nicotiques. Fumer augmente le nombre de ces récepteurs. La nicotine **inhibe**, comme les antidépresseurs, l'hyperactivité du **système sérotoninergique** lié à l'anxiété, elle potentialise aussi en aigu les effets des antidépresseurs. Cependant, les fumeurs sont plus déprimés que les non fumeurs et se suicident davantage. À long terme, **la nicotine et le tabac sont dépressogènes** : « *Le tabagisme a incontestablement un effet dépressogène* ». Si on administre un extrait de tabac, et non de la nicotine, on bloque le système sérotoninergique et apparaît alors **l'effet dépressogène**. Dans l'extrait de tabac, ce serait **l'HARMANE** qui activerait le système dopaminergique (**100 fois plus actif que la nicotine !!**).

N. RAMOZ a parlé de l'héritabilité de la dépendance au tabac. Elle est **liée à des gènes** (CHRNA 3,5,...) localisés sur le chromosome (15q24) et codant les récepteurs nicotiques. Le fumeur serait donc prédisposé au tabagisme.

À côté de ce polymorphisme génétique qui définit la structure de la protéine codée, il existe aussi des phénomènes épigénétiques qui vont s'ajouter et modifier le niveau d'expression de la protéine codée dont les modifications les plus importantes sont **l'acétylation ou la méthylation** soit de l'Adn soit des protéines qui y sont liées (histones). La modification de l'histone peut entraîner une répression ou une activation de la synthèse protéique. Par exemple, un toxique (alcool) peut, en modifiant un certain nombre de protéines, être anxiolytique. Lors du sevrage de ce toxique, au contraire, par la modification opposée apparaîtra un effet anxiogène.

À côté de ces communications scientifiques de recherche pure, le Dr MATHERN a exposé les modes opératoires de la prévention du tabagisme chez le jeune. Il a souligné l'importance chez le jeune de la prise de risques et **l'universalité de la transgression**. Celle-ci permettra **l'individuation** : processus par lequel tout individu dépendant parvient à établir une identité propre en se différenciant de manière significative. C'est un processus propre au développement humain. On l'observe chez l'ado.

G. Mathern a souligné le caractère éducatif et sanitaire lié à tout projet, que la peur seule ne permet pas la construction, elle doit être accompagnée de solutions. Il a aussi rappelé la place de l'interdit, le rôle du **non** et les moyens de développer les compétences psychosociales (critères définis par l'OMS). D. TOUZEAU a rappelé que le tabac était souvent à l'origine d'une polytoxicomanie. À 14 ans, le **tabagisme** s'installe, à 16 ans il fait place aux **opiacés**. La consommation de tabac à 12 ans est un facteur prédictif de polytoxicomanie.

G. LAGRUE posait le problème du dépistage et du traitement des troubles psychiatriques latents chez les fumeurs dépendants et souvent méconnus. Il faut rechercher à côté des troubles anxieux et dépressifs, les autres troubles : hypermotivité, impulsivité, hypomanie, cyclothymie... leur connaissance permet de les traiter et de faciliter le sevrage.

G. GRANGE développait les problèmes liés au tabagisme chez la femme et lors de la grossesse : grossesse extra-utérine +100 %, fausse couche

+50 %, accouchement prématuré... Même le fait d'être exposé à un tabagisme passif entraîne une probabilité augmentée de petit poids de naissance et d'accouchement prématuré. Il rappelait l'intérêt du sevrage tabagique et la **prescription des substituts nicotiques** - le meilleur étant Nicotine Eucalyptus). Il conseillait le patch avec prescription d'histamine en cas d'allergie. « *La substitution nicotinique est indispensable chez la femme enceinte* ».

La méconnaissance des femmes en matière de risque de tabagisme est importante et nécessite, compte tenu de l'enjeu, une formation des gynécologues et des généralistes au moins à la pratique du conseil minimal. Les structures pour prendre en charge les femmes enceintes fumeuses devraient exister dans toutes les maternités.

D. THOMAS démontrait les effets délétères connus du tabagisme passif et montrait les résultats scientifiquement démontrés des avantages cardio-vasculaires liés à l'interdiction de fumer dans les lieux publics.

B. DAUTZENBERG précisait que 20 minutes après avoir fumé une cigarette dans une pièce, la moitié de la fumée flotte encore dans l'air ! Il préconisait une information large sur le tabagisme passif et dénonçait les procédés scandaleux de désinformation utilisés par l'industrie du tabac et la presse grand public qui se fait parfois l'écho de propos pernicieux et inexacts.

I. BERLIN publiait que l'adaptation posologique du TSN en fonction des résultats du dosage de la cotinine salivaire n'était pas meilleure que la prescription de TSN en fonction des signes cliniques. Les causes d'échec peuvent être prévues par l'environnement de fumer.

Pour conclure ces deux journées d'un très haut intérêt, Jean PERRIOT avec son brio habituel exposait les formes graves de la dépendance tabagique et proposait des aides pratiques sur des exemples concrets.

PR

ANALYSE DE LIVRE

Cannabis : tout savoir.

Le chanvre est le sujet de ce livre. Il retrace l'histoire de sa culture, de ses modes de consommation, de ses défenseurs, de ses consommateurs les plus célèbres (écrivains Baudelaire, Balzac, musiciens, sportifs, politiques...).

Cette histoire commence au VIII^{ème} siècle avant J.C., relate l'épisode de notre confrère de Libération (« Appel du 18 joint »), indique les pays l'ayant autorisé et rappelle son interdiction (soi-disant) en France. La conduite automobile après consommation de cannabis expose le conducteur à une peine de prison de deux ans et à une amende de 4500 €.

Nicolas Millet : « Petite encyclopédie du cannabis ». Éditeur : Le castor astral - 155 pages, 13 €.

LE COIN DU CANNABIS.

Un cannabis peu banal.

Le cannabis fumé favorise le cancer du poumon.

La fumée d'un joint est beaucoup plus toxique que celle du tabac. Sa consommation fait inhaler 6 à 7 fois plus de goudrons et de CO que la cigarette (1).

Une étude parue en 2008 montre que la consommation de cannabis multiplie par 5,7 le risque de cancer du poumon chez les utilisateurs

de un joint par jour pendant 10 ans ou plus de 10 joints année.

La phase goudronneuse de la fumée de cannabis contient la plupart des carcinogènes de la fumée de tabac (nitrosamines, aldéhydes, phénols) et **50 % en plus d'hydrocarbures polycycliques aromatiques que la fumée de cigarette** (2).

Risque de cancers et cannabis www.e-cancer.fr
(1) Husset M-J. 3 joints=1 paquet de cigarettes, 60 millions de consommateurs, n°404, 2006, p.340-44. (2) Sasco A, Besson H., Cancer et cannabis, Toxibase n°12/lettre du Crips n°70, 2003.

Cannabis et schizophrénie.

Encore une étude, la plus longue à ce jour (10 ans) qui évalue l'impact de la consommation de cannabis sur l'évolution des patients schizophrènes. Cette étude concerne 200 patients hospitalisés après un premier épisode psychotique. Ils ont été évalués après 6 mois, 2 ans, 4 ans et 10 ans.

Les auteurs concluent que les sujets consommateurs de cannabis avaient une symptomatologie psychotique aggravée par rapport aux sujets non consommateurs.

Foti et al. Cannabis use and the course of schizophrénia : 10-year follow-up after first hospitalization. Am J Psychiatry. 2010 May 17

INFORMATION

IRAAT MATERNITE SANS TABAC

Le 17 mars 2011, 14^{ème} journée scientifique IRAAT, MAT'AB Maternité Sans tabac à Lyon, programme à demander : IRAAT 04 78 42 59 18 ; courriel : iraat-lyon@orange.fr.

Trois sessions :

- 1- Tabagisme, Femme enceinte et troubles psychologiques.
- 2- Tabagisme et PMA.
- 3- Grossesse, Tabagisme et autres addiction.

Hotel Best Western - 23 Cours Charlemagne
69002 LYON - Tél. 04 78 42 59 18

COURRIER DES LECTEURS

Le tabagisme ne baisse plus depuis 2005 parce que les augmentations de prix sont insuffisantes pour dissuader les fumeurs. Les avertissements sanitaires sous formes d'images prennent un temps outrageusement long pour être

mis en place alors que le coût est nul et qu'ils auraient pu être mis place en quelques mois voire semaines.

Après plusieurs manipulations tendant à laisser croire que la loi Evin limitait la présence historique du tabac, alors même qu'aucune association n'a jamais menacé qui que ce soit en ce domaine, l'Assemblée s'apprête à adopter un texte libéralisant la présence « artistique » du tabac.

Comme souvent, les pires vilénies se font au titre de la défense de la liberté. Ce premier accroc à l'interdiction de la publicité pour le tabac témoigne d'un profond mépris de la vie humaine. C'est renier la signature de la France qui a ratifié la Convention Cadre de Lutte Antitabac qui comporte l'interdiction de toute promotion ou publicité pour le tabac.

La santé publique est en régression. Le caractère mensonger du texte, ses conséquences délétères sur la santé des Français, le signe pervers donné au plus jeunes témoignent d'une irresponsabilité rarement atteinte.

Pr Gérard DUBOIS

NDLR : L'Assemblée Nationale a finalement refusé cette proposition.

COTISATION 2011 :

Avez-vous envoyé les 20 euros fiscalement déductibles ?

Editeur : Association Tabac & Liberté

Tabac & Liberté

10, rue des Arts

31000 Toulouse

Tél. 05 62 88 67 74 - 06 24 44 88 41

Email : asso.tabac-et-liberte@wanadoo.fr

Directeur de la publication : Docteur ROUZAUD

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2011 - ISSN 1260-2469

Conception, composition et impression :

Art et Caractère (S.I.A.) - 81500 LAVAUR

COUPON-RÉPONSE

Je soussigné : M, M^{me}, M^{lle}, Dr (Nom) _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Pays : _____ Téléphone : _____

• Désire adhérer à l'association (ci-joint un chèque de 20 €) et mon adhésion à la charte Tabac & Liberté.

Association Tabac & Liberté : Tabac & Liberté - 10, rue des Arts - 31000 Toulouse

E-mail : asso.tabac-et-liberte@wanadoo.fr — site internet : www.tabac-liberte.com